

美濃加茂市家族介護支援金支給申請書

美濃加茂市長

宛

〒 ー

申請者（主たる介護者） 住 所 _____
フリガナ
氏 名 _____ 印 ※署名または記名押印

電話番号（ ） _____

被介護者との続柄 _____

次のとおり、美濃加茂市家族介護支援金の支給を申請します。

○介護の状況

被介護者 (介護を受けている人)	フリガナ氏名						生年月日	年 月 日				
	被保険者番号	1	1	0	0	0						
	住 所	〒 ー										
介護期間実績	※医療機関への入院日数とショートステイの利用日数の合計が7日/月を超える場合、当該月の支援金は支給されません。											
	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
要介護状態区分												
医療機関への入院日数	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
ショートステイの利用日数	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
介護期間が6月以上12月未満の申請理由	(1)資格喪失(死亡、転出等) (2)施設入所 (3)その他()											
身体の状況及び介護期間中の介護内容												
指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員又は長寿支援センター職員の意見 上記のとおり介護されていることを確認しました。												
年 月 日 <事業所名> <電話番号>												
確認者氏名											印	
※署名または記名押印												

○審査への同意

被介護者は、美濃加茂市家族介護支援金支給に伴う審査に必要な以下の項目について、市担当者が調査することに同意します。

- (1) 被介護者の要介護状態区分及び要介護認定に係る認定調査票又は主治医意見書の状況
- (2) 介護期間における被介護者の医療機関への入院日数
- (3) 介護期間における被介護者の短期入所生活介護及び短期入所療養介護の利用日数
- (4) 被介護者の介護保険施設等の入所状況
- (5) 被介護者の美濃加茂市介護保険料納付状況
- (6) 被介護者の介護保険法第63条から第69条までに規定する保険給付の制限等の状況
- (7) 被介護者の介護保険料所得段階

年 月 日 (被介護者)
住所

氏名 印 ※署名または記名押印

生年月日

○振込を希望する金融機関（申請者名義）

銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種 目	口 座 番 号			
金融機関コード	店舗コード	1. 普通預金 (総合口座)				
		2. 当座預金				
フリガナ						
口座名義人						

○市記入欄

日常生活自立度	(障害) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 / <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 (認知) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb / <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
介護保険料滞納	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
保険給付の制限等	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
市町村民税課税状況	<input type="checkbox"/> 世帯課税 <input type="checkbox"/> 世帯非課税
支給金額	要介護1・2 2,000円 × 月 = 円 要介護3～5 5,000円 × 月 = 円 計 円
支給の可否	<input type="checkbox"/> 却下 <input type="checkbox"/> 支給

受 付 印